

**Platinum Full PPO 0/10 OffEx**

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Plan de Blue Shield of California. Es solo un resumen y forma parte de la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés).<sup>1</sup> Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

**Red de Proveedores Médicos:**

**Red de Full PPO**

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Full PPO. Los proveedores de esta red se llaman Proveedores Participantes. Paga menos por los Servicios Cubiertos cuando se atiende con un Proveedor Participante que cuando se atiende con un Proveedor No Participante. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com.

**Red de farmacias:**

**Rx Ultra**

**Formulario de Medicamentos:**

**Formulario estándar**

**Deducibles por Año Calendario (CYD)<sup>2</sup>**

El Deducible por Año Calendario (CYD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan.

		<b>Cuando se usan Proveedores Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Cuando se usan Proveedores No Participantes<sup>4</sup></b>
<b>Deducible médico por Año Calendario</b>	<i>Cobertura individual</i>	\$0	\$1,000
	<i>Cobertura familiar</i>	\$0: por persona	\$1,000: por persona
		\$0: por Familia	\$2,000: por Familia

**Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario<sup>5</sup>**

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Calendario por los Servicios Cubiertos. Las excepciones están en la sección Notas al final de este Resumen de Beneficios.

**Sin Límite de Dinero Anual ni Durante la Membresía**

En este Plan, no hay un límite de dinero anual ni durante la membresía en la cantidad que pagará Blue Shield por los Servicios Cubiertos.

	<b>Cuando se usan Proveedores Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Cuando se usa cualquier combinación de Proveedores Participantes<sup>3</sup> o No Participantes<sup>4</sup></b>
<i>Cobertura individual</i>	\$4,500	\$9,000
<i>Cobertura familiar</i>	\$4,500: por persona	\$9,000: por persona
	\$9,000: por Familia	\$18,000: por Familia

## Beneficios<sup>6</sup>

## Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>	Cuando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>
<b>Servicios de Salud Preventivos<sup>7</sup></b>				
Servicios de Salud Preventivos	\$0		Sin cobertura	
Programa de Detección Prenatal de California	\$0		\$0	
<b>Servicios del médico</b>				
Visita al consultorio para recibir atención primaria	\$10/visita		40%	✓
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	\$25/visita		40%	✓
Visita del médico en el hogar	\$10/visita		40%	✓
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	10%		40%	✓
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	10%		40%	✓
<b>Otros servicios profesionales</b>				
Visita al consultorio de otro profesional <i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), auxiliares médicos y terapeutas.</i>	\$10/visita		40%	✓
Servicios de acupuntura	\$25/visita		40%	✓
Servicios de quiropráctica <i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>	\$10/visita		50%	✓
Consulta mediante Teladoc	\$0		Sin cobertura	
Planificación familiar				
• Asesoramiento, consultas y educación	\$0		Sin cobertura	
• Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado	\$0		Sin cobertura	
• Ligadura de trompas	\$0		Sin cobertura	
• Vasectomía	10%		Sin cobertura	
Servicios de podología	\$25/visita		40%	✓
<b>Atención por embarazo y maternidad</b>				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal inicial	\$0		40%	✓
Servicios del médico para interrumpir el embarazo	10%		40%	✓

**Beneficios<sup>6</sup>**

**Su pago**

	<b>Cuando se usan Proveedores Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Proveedores No Participantes<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
<b>Servicios de emergencia</b>				
Servicios de la sala de emergencias	\$150/visita más 10%		\$150/visita más 10%	
<i>Si es admitido en el Hospital, no se aplica este pago para los servicios de la sala de emergencias. En cambio, se aplica el pago correspondiente a Proveedores Participantes que aparece en los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i>				
Servicios del Médico en la sala de emergencias	10%		10%	
<b>Servicios de un centro de atención urgente</b>	\$10/visita		40%	✓
<b>Servicios de ambulancia</b>	10%		10%	
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>				
<b>Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios</b>				
Centro Quirúrgico Ambulatorio	10%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	\$100/cirugía más 10%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	10%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
<b>Servicios de un centro de atención para pacientes internados</b>				
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	10%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$2,000/día	✓

**Beneficios<sup>6</sup>**

**Su pago**

	<b>Cuando se usan Proveedores Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Proveedores No Participantes<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
<p>Servicios de trasplante</p> <p><i>Este pago es para todos los trasplantes cubiertos, excepto los trasplantes de tejido y de riñón. Para los servicios de trasplante de tejido y de riñón, se aplica el pago de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales</li> <li>• Servicios para pacientes internados por parte de un médico</li> </ul>	<p>10%</p> <p>10%</p>		<p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p>	
<p><b>Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados</b></p> <p><i>Este pago es para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California designados. Para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California no designados, se aplican los pagos de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital y los Servicios quirúrgicos y para pacientes internados por parte del médico cuando se trata de servicios para pacientes internados; en cambio, cuando se trata de servicios para pacientes ambulatorios, se aplican los pagos de los servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios y los servicios para pacientes ambulatorios por parte de un Médico.</i></p> <p>Servicios de un centro de atención para pacientes internados</p> <p>Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Servicios del médico</p>	<p>10%</p> <p>\$100/cirugía más 10%</p> <p>10%</p>		<p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p>	

## Beneficios<sup>6</sup>

## Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>	Cuando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>
<b>Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio</b>				
<p><i>Este pago es para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud de diagnóstico no Preventivos y procedimientos radiológicos de diagnóstico, como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética, angiografías por resonancia magnética y tomografías por emisión de positrones (CT, MRI, MRA y PET, respectivamente, por sus siglas en inglés). Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.</i></p>				
<b>Servicios de laboratorio</b>				
<p><i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i></p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de laboratorio</li> </ul>	\$10/visita		40%	✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital</li> </ul>	10%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
<b>Servicios de radiografías e imágenes</b>				
<p><i>Se incluye mamografía de diagnóstico.</i></p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios</li> </ul>	\$25/visita		40%	✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital</li> </ul>	\$75/visita		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
<b>Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios</b>				
<p><i>Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma, ecocardiograma (EKG y ECG, respectivamente, por sus siglas en inglés), monitoreo cardíaco, estudios vasculares no invasivos, pruebas del sueño, pruebas musculares y de amplitud de movimientos, electroencefalograma y electromiografía (EEG y EMG, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i></p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultorio</li> </ul>	\$25/visita		40%	✓

## Beneficios<sup>6</sup>

## Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>	Cuando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital</li> </ul>	\$75/visita		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios</li> </ul>	10%		40%	✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital</li> </ul>	\$100/visita más 10%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
<b>Servicios de Rehabilitación y Habilidadación</b>				
<i>Se incluye Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria y Terapia del Habla. No hay límite de visitas para los Servicios de Rehabilitación y Habilidadación.</i>				
Consultorio	10%		40%	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	10%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
<b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</b>				
DME	50%		Sin cobertura	
Sacaleches	\$0		Sin cobertura	
Dispositivos y equipos ortóticos	10%		Sin cobertura	
Dispositivos y equipos protésicos	10%		Sin cobertura	

Beneficios<sup>6</sup>

## Su pago

	Quando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>	Quando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>
<b>Servicios de atención de la salud en el hogar</b> <i>Hasta 100 visitas por Miembro, por Año Calendario, por parte de una agencia de atención de la salud en el hogar. Todas las visitas cuentan para el límite, incluso las visitas durante cualquier período de Deducible que corresponda. Se incluyen visitas en el hogar por parte de un enfermero, un Auxiliar de la Salud en el Hogar, un trabajador social médico, un fisioterapeuta, un terapeuta del habla o un terapeuta ocupacional, y suministros médicos.</i>	10%		Sin cobertura	
<b>Servicios de infusión y de inyección en el hogar</b> Servicios de una agencia de infusión en el hogar <i>Se incluyen medicamentos para los servicios de infusión en el hogar y suministros médicos.</i>	10%		Sin cobertura	
Visitas en el hogar por parte de personal de enfermería de infusión	10%		Sin cobertura	
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>	10%		Sin cobertura	
<b>Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b> <i>Hasta 100 días por Miembro, por período de beneficios, excepto cuando se brindan como parte de un programa de Cuidados para Pacientes Terminales. Todos los días cuentan para el límite, incluso los días durante cualquier período de Deducible que corresponda y los días en diferentes SNF durante el Año Calendario.</i>				
SNF independiente	10%		40% 40%	✓
SNF en un hospital	10%		Sujeto a un Beneficio máximo de \$2,000/día	✓
<b>Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales</b> <i>Se incluye consulta previa a la Atención para Pacientes Terminales, atención de rutina en el hogar, atención continua las 24 horas en el hogar, atención a corto plazo para pacientes internados para controlar el dolor y los síntomas, y atención de relevo para pacientes internados.</i>	\$0		Sin cobertura	

## Beneficios<sup>6</sup>

## Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>	Cuando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>
<b>Otros servicios y suministros</b>				
Servicios de atención de la diabetes				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispositivos, equipos y suministros</li> <li>Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes</li> </ul>	50%		Sin cobertura	
	\$0		40%	✓
			40%	
Servicios de diálisis	10%		Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	10%		10%	
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	10%		40%	✓

## Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas

## Su pago

<i>Los Beneficios de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas se brindan por medio del Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.</i>	Cuando se usan Proveedores Participantes del MHSA <sup>3</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>	Cuando se usan Proveedores No Participantes del MHSA <sup>4</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>				
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	\$10/visita		40%	✓
Salud conductual mediante Teladoc	\$0		Sin cobertura	
Otros servicios para pacientes ambulatorios, incluso atención intensiva para pacientes ambulatorios, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcranial, Tratamiento de Salud Conductual por trastorno generalizado del desarrollo o autismo en el consultorio, en el hogar o en otro centro de atención no institucional, y tratamiento con opioides en el consultorio	10%		40%	✓
			40%	
Programa de Hospitalización Parcial	10%		Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Pruebas psicológicas	10%		40%	✓



**Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas**

**Su pago**

<i>Los Beneficios de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas se brindan por medio del Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.</i>	<b>Cuando se usan Proveedores Participantes del MHSA<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Proveedores No Participantes del MHSA<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
<b>Servicios para pacientes internados</b>				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	10%		40%	✓
Servicios hospitalarios	10%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$2,000/día	✓
Atención en una residencia	10%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$2,000/día	✓

**Beneficios de Medicamentos Recetados<sup>8, 9</sup>**

**Su pago**

	<b>Cuando se usan Farmacias Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Farmacias No Participantes<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
<b>Medicamentos recetados en farmacia al por menor</b>				
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	\$5/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	\$30/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	\$50/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	30% hasta \$250/receta		Sin cobertura	
<b>Medicamentos recetados en farmacia al por menor</b>				
<i>Por receta, hasta 90 días de suministro, de una farmacia al por menor para 90 días.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Sin cobertura	

**Beneficios de Medicamentos  
Recetados<sup>8, 9</sup>**

**Su pago**

	<b>Cuando se usan Farmacias Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Farmacias No Participantes<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
Medicamentos de Nivel 1	\$15/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	\$90/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	\$150/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	30% hasta \$750/receta		Sin cobertura	
<b>Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo</b>				
<i>Por receta, hasta 90 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	\$10/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	\$60/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	\$100/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	30% hasta \$500/receta		Sin cobertura	

**Beneficios de Atención Infantil**

**Su pago**

<i>Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.</i>	<b>Cuando se usan Dentistas Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Dentistas No Participantes<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
<b>Atención dental infantil<sup>10</sup></b>				
Servicios preventivos y de diagnóstico				
• Examen bucodental	\$0		20%	
• Atención preventiva: limpieza	\$0		20%	
• Atención preventiva: radiografías	\$0		20%	
• Selladores, por diente	\$0		20%	
• Aplicación de flúor tópico	\$0		20%	
• Separadores fijos	\$0		20%	
Servicios básicos				
• Procedimientos reconstructivos	20%		30%	
• Mantenimiento periodontal	20%		30%	
• Servicios generales adicionales	20%		30%	

## Beneficios de Atención Infantil

## Su pago

<i>Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.</i>	<b>Cuando se usan Dentistas Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Dentistas No Participantes<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
Servicios mayores				
• Cirugía bucodental	50%		50%	
• Endodoncia	50%		50%	
• Periodoncia (que no sea de mantenimiento)	50%		50%	
• Coronas y moldes de yeso	50%		50%	
• Prótesis dentales	50%		50%	
Ortodoncia (Médicamente Necesaria)	50%		50%	

## Beneficios de Atención Infantil

## Su pago

<i>Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.</i>	<b>Cuando se usan Proveedores Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Proveedores No Participantes<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
<b>Atención de la vista infantil<sup>11</sup></b>				
Examen ocular completo				
<i>Un examen por Año Calendario.</i>				
• Visita oftalmológica	\$0		Todos los cargos mayores de \$30	
• Visita optométrica	\$0		Todos los cargos mayores de \$30	
Prueba y evaluación de lentes de contacto				
<i>Si elige lentes de contacto en lugar de anteojos, uno por Miembro cada 12 meses cuando se consiguen en un Proveedor Participante, siempre que sea en el mismo momento en que se hace el examen completo. Hay un máximo de dos visitas de seguimiento.</i>				
• Lentes estándar	\$0		Sin cobertura	
• Lentes no estándar	Todos los cargos mayores de \$60		Sin cobertura	
Productos para la vista/materiales				
<i>Un armazón para anteojos y lentes, o lentes de contacto en lugar de anteojos, hasta el Beneficio por Año Calendario. Cualquier excepción se indica a continuación.</i>				
• Lentes de contacto				
No optativos (Médicamente Necesarios): rígidos o flexibles	\$0		Todos los cargos mayores de \$225	
<i>Hasta dos pares por ojo por Año Calendario.</i>				

## Beneficios de Atención Infantil

## Su pago

Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.

	Cuando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>	Cuando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>
Optativos (fines estéticos o comodidad)				
Estándar y no estándar, rígidos	\$0		Todos los cargos mayores de \$75	
<i>Hasta 3 meses de suministro para cada ojo por Año Calendario según los lentes seleccionados.</i>				
Estándar y no estándar, flexibles	\$0		Todos los cargos mayores de \$75	
<i>Hasta 6 meses de suministro para cada ojo por Año Calendario según los lentes seleccionados.</i>				
• Armazones para anteojos				
Armazones de la colección	\$0		Todos los cargos mayores de \$40	
Armazones que no sean de la colección	Todos los cargos mayores de \$150		Todos los cargos mayores de \$40	
• Anteojos				
<i>Los lentes incluyen una elección de lentes de vidrio o plástico, todas las potencias ópticas (visión simple, bifocal, trifocal, lenticular), modernos, degradados, con capa protectora, de gran tamaño y anteojos de sol recetados con cristales de color gris número 3.</i>				
Visión simple	\$0		Todos los cargos mayores de \$25	
Bifocales con línea divisoria	\$0		Todos los cargos mayores de \$35	
Trifocales con línea divisoria	\$0		Todos los cargos mayores de \$45	
Lenticulares	\$0		Todos los cargos mayores de \$45	
Tratamientos y lentes opcionales				
• Protección UV (estándar únicamente)	\$0		Sin cobertura	
• Lentes de policarbonato	\$0		Sin cobertura	
• Lentes progresivos estándar	\$55		Sin cobertura	
• Lentes progresivos de calidad superior	\$95		Sin cobertura	
• Revestimiento antirreflectante (estándar únicamente)	\$35		Sin cobertura	
• Lentes de vidrio fotocromáticos	\$25		Sin cobertura	
• Lentes de plástico fotocromáticos	\$25		Sin cobertura	

## Beneficios de Atención Infantil

## Su pago

Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.	Cuando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>	Cuando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>
• Lentes de índice alto	\$30		Sin cobertura	
• Lentes polarizados	\$45		Sin cobertura	
Equipos y exámenes de baja visión				
• Examen completo de baja visión <i>Una vez cada 5 Años Calendario.</i>	35%		Sin cobertura	
• Dispositivos de baja visión <i>Un dispositivo por Año Calendario.</i>	35%		Sin cobertura	
Referencia para el control de la diabetes	\$0		Sin cobertura	

## Autorización previa

Los siguientes servicios son algunos Beneficios que se usan con frecuencia y que necesitan autorización previa:

- Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, excepto las visitas al consultorio
- Servicios de un centro de atención para pacientes internados
- Lentes de contacto no optativos para la atención de la vista infantil, y equipos y exámenes de baja visión
- Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales
- Algunos Medicamentos recetados (entre en [blueshieldca.com/pharmacy](http://blueshieldca.com/pharmacy))

Lea la Evidencia de Cobertura para saber más sobre los Beneficios que necesitan autorización previa.

## Notas

### 1 Evidencia de Cobertura (EOC):

La Evidencia de Cobertura (EOC) describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan. Lea la EOC para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia de la EOC en cualquier momento.

Las definiciones de los términos en mayúscula están en la EOC. Consulte la EOC para leer una explicación de los términos usados en este Resumen de Beneficios.

### 2 Deducible por Año Calendario (CYD):

Deducible por Año Calendario explicado. El Deducible por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan.

Si este Plan tiene algún Deducible por Año Calendario, los Servicios Cubiertos sujetos a dicho Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

La cobertura familiar tiene un Deducible individual dentro del Deducible Familiar. Esto significa que llegará al Deducible toda persona con cobertura Familiar que llegue al Deducible individual antes de que la Familia llegue al Deducible Familiar dentro de un Año Calendario. Cualquier cantidad que usted haya pagado para el Deducible

individual se aplicará tanto para el Deducible individual como para el Deducible Familiar. Una vez que se llegue al Deducible individual o al Deducible Familiar, se aplica el costo compartido hasta que se llegue a los Gastos de Bolsillo Máximos.

---

### 3 Uso de Proveedores Participantes:

Los Proveedores Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario.

Teladoc. Las consultas de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas (salud conductual) se brindan por medio de Teladoc. El Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA) de Blue Shield no administra estos servicios.

La definición de "Cantidad Permitida" está en la EOC. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.

---

### 4 Uso de Proveedores No Participantes:

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante, usted es responsable de:

- el Copago o el Coseguro (una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario), y
- cualquier cargo que sea mayor que la Cantidad Permitida.

La definición de "Cantidad Permitida" está en la EOC. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida, que está sujeta a cualquier Beneficio máximo mencionado.
- Los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida no cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor. Estos gastos de bolsillo pueden ser altos.

---

### 5 Gastos de Bolsillo Máximos (OOPM, por sus siglas en inglés) por Año Calendario:

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario explicados. Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que tiene que pagar por los Servicios Cubiertos en un Año Calendario. Una vez que llegue a sus Gastos de Bolsillo Máximos, Blue Shield pagará el 100% de la Cantidad Permitida por los Servicios Cubiertos para el resto del Año Calendario.

Su pago después de llegar a los OOPM por Año Calendario. Seguirá pagando todos los cargos para los siguientes Servicios Cubiertos después de que se llegue a los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario:

- Beneficios de un centro de diálisis: servicios de diálisis de un Proveedor No Participante.
- Cargos por los servicios que no están cubiertos y cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

Este Plan tiene OOPM para Proveedores Participantes y OOPM combinados para Proveedores Participantes y No Participantes. Esto significa que cualquier cantidad que pague para sus OOPM para Proveedores Participantes también cuenta para sus OOPM combinados para Proveedores Participantes y No Participantes.

La cobertura familiar tiene OOPM individuales dentro de los OOPM Familiares. Esto significa que llegará a los OOPM toda persona con cobertura Familiar que llegue a los OOPM individuales antes de que la Familia llegue a los OOPM Familiares dentro de un Año Calendario. Cualquier cantidad que usted haya pagado para los OOPM individuales se aplicará tanto para los OOPM individuales como para los OOPM Familiares, excepto para los servicios de atención dental infantil Fuera de la Red. Los pagos de costo compartido para los servicios de atención dental infantil hechos por cada niño para los Servicios Cubiertos Fuera de la Red no se acumulan para los Gastos de Bolsillo Máximos Familiares.

---

### 6 Pagos del Miembro por separado cuando se reciben varios Servicios Cubiertos:

Cuando reciba varios Servicios Cubiertos, puede que deba pagar cada servicio por separado (Copago o Coseguro). Cuando pasa esto, es posible que sea responsable de pagar varios Copagos o Coseguros. Por ejemplo, es posible que tenga que hacer un pago por visita al consultorio, además de un pago por suero antialérgico cuando vaya al médico para que le dé una inyección para la alergia.

---

### 7 Servicios de Salud Preventivos:

Si recibe solamente Servicios de Salud Preventivos durante una visita al consultorio del Médico, no tiene que pagar ningún Copago ni Coseguro por la visita. Si recibe Servicios de Salud Preventivos y otros Servicios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que tenga que pagar un Copago o un Coseguro por la visita.

---

### 8 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

#### Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, la cobertura de medicamentos recetados de este Plan es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como la cobertura de medicamentos recetados de este plan es acreditable, no es necesario que se inscriba en la Parte D de Medicare mientras mantenga esta cobertura; sin embargo, debe tener en cuenta que, si no se inscribe en la Parte D de Medicare dentro de los 63 días siguientes a la cancelación de esta cobertura, podría quedar sujeto al pago de multas por la prima de la Parte D de Medicare.

---

### 9 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Cobertura de un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente. Si usted, el Médico o el Proveedor de Atención de la Salud seleccionan un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente, usted es el responsable de pagar el costo que le supone a Blue Shield la diferencia de precio entre el Medicamento de Marca y su equivalente Genérico, además del Copago o el Coseguro por el Medicamento de Nivel 1. Esta diferencia de precio no contará para ningún Deducible médico ni Deducible de farmacias por Año Calendario, ni para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Pedido de Evaluación por Necesidad Médica. Si usted o su Médico creen que un Medicamento de Marca es Medicamento Necesario, pueden pedir una Evaluación por Necesidad Médica. Si se aprueba, el Medicamento de Marca se cubrirá de acuerdo con el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del Medicamento.

Programa de Medicamentos Especializados de Ciclo Corto. Este programa deja que, con su aprobación, se surta un suministro de 15 días en el caso de las recetas iniciales para determinados Medicamentos Especializados. Cuando pase esto, el Copago o el Coseguro se calculará de manera proporcional.

Medicamentos Especializados. Los Medicamentos Especializados están disponibles solamente en Farmacias Especializadas de la Red, hasta 30 días de suministro.

Medicamentos Orales Anticancerígenos. Usted paga hasta \$250 por los Medicamentos Orales Anticancerígenos que consiga en una Farmacia Participante, hasta 30 días de suministro. Los Medicamentos Orales Anticancerígenos conseguidos en una Farmacia Participante no están sujetos a ningún Deducible.

---

### 10 Cobertura de Atención Dental Infantil:

Los Beneficios de atención dental infantil se brindan a través del Administrador del Plan Dental (DPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

Servicios de Ortodoncia Cubiertos. El Copago o Coseguro para los Servicios de Ortodoncia Cubiertos que sean Medicamento Necesarios se aplica a un ciclo de tratamiento, incluso si este dura más de un Año Calendario. Esto aplica siempre y cuando el Miembro permanezca inscrito en el Plan.

*Este plan cumple con los requisitos del plan dental infantil de Beneficios de Salud Esenciales (EHB, por sus siglas en inglés) de referencia, incluida la cobertura de servicios en casos de Necesidad Médica, tal como se define en el beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés).*

---

### 11 Cobertura de Atención de la Vista Infantil:

Los Beneficios de atención de la vista infantil se brindan a través del Administrador del Plan de la Vista (VPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

Servicios Cubiertos por parte de Proveedores No Participantes. No se paga Copago ni Coseguro hasta la Cantidad Permitida listada. Usted pagará todos los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

Cobertura para amazones. Si se seleccionan amazones cuyo costo supera la Cantidad Permitida para amazones según las condiciones de este Beneficio, usted pagará la diferencia entre la Cantidad Permitida y el costo establecido por el proveedor.

Los "amazones de la colección" están disponibles sin costo para los Miembros en los Proveedores Participantes. Generalmente, los Proveedores Participantes de la cadena al por menor no exhiben los amazones de la "colección", pero se mantiene una selección comparable de amazones.

Los "amazones que no sean de la colección" están cubiertos hasta una Cantidad Permitida de \$150; sin embargo, si el Proveedor Participante usa:

- precios de tiendas mayoristas, la Cantidad Permitida será de hasta \$99.06.
- precios de tiendas departamentales, la Cantidad Permitida será de hasta \$103.64.

Los Proveedores Participantes que usan precios de tiendas mayoristas están identificados en el directorio de proveedores.

---

Los Planes pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Estatales y Federales.

APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE



# Blue Shield of California

## Aviso de información sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

### La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California cumple con las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales aplicables y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California:

- Da ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (incluso letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Da servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede hacer un reclamo en:

Blue Shield of California  
Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 629007  
El Dorado Hills, CA 95762-9007

**Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)**

**Fax: (844) 696-6070**

**Correo electrónico: [BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com](mailto:BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com)**

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición. También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de dicha oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

# Notice of the Availability of Language Assistance Services

## Blue Shield of California

**IMPORTANT:** Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For help at no cost, please call right away at the Member/Customer Service telephone number on the back of your Blue Shield ID card, or (866) 346-7198.

**IMPORTANTE:** ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos hacer que alguien le ayude a leerla. También puede recibir esta carta en su idioma. Para ayuda sin cargo, por favor llame inmediatamente al teléfono de Servicios al miembro/cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Blue Shield o al (866) 346-7198. (Spanish)

**重要通知：** 您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您閱讀。這封信也可以用您所講的語言書寫。如需免費幫助，請立即撥打登列在您的Blue Shield ID卡背面上的會員/客戶服務部的電話，或者撥打電話 (866) 346-7198。(Chinese)

**QUAN TRỌNG:** Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ người giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể nhận lá thư này được viết bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi ngay đến Ban Dịch vụ Hội viên/Khách hàng theo số ở mặt sau thẻ ID Blue Shield của quý vị hoặc theo số (866) 346-7198. (Vietnamese)

**MAHALAGA:** Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maari kaming kumuha ng isang tao upang matulungan ka upang mabasa ito. Maari ka ring makakuha ng sulat na ito na nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa numerong telepono ng Miyembro/Customer Service sa likod ng iyong Blue Shield ID kard, o (866) 346-7198. (Tagalog)

**Baa' ákohwiindzindooígí:** Díí naaltsoosish yíiniłta'go bííniǰahah? Doo bííniǰahahgóó éí, naaltsoos nich'í' yíidóoltaǰígí'í' nihee hółó. Díí naaltsoos ałdó' t'áá Diné k'ehjí ádoolníł nínízingo bíiǰahah. Doo ɓaǰah ílínígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodíilnih dóó námbóo éí díí Blue Shield bee nésho'díłzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jí' hodíilnih. (Navajo)

**중요:** 이 서신을 읽을 수 있으세요? 읽으실 수 경우, 도움을 드릴 수 있는 사람이 있습니다. 또한 다른 언어로 작성된 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받으시려면 Blue Shield ID 카드 뒷면의 회원/고객 서비스 전화번호 또는 (866) 346-7198로 지금 전환하세요. (Korean)

**ԿԱՐՇՎՈՐ Է:** Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Օտարալեզուներն անվճար է: Խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով, որը նշված է ձեր Blue Shield ID քարտի ետևի մասում, կամ (866) 346-7198 համարով: (Armenian)

**ВАЖНО:** Не можете прочесть данное письмо? Мы поможем вам, если необходимо. Вы также можете получить это письмо написанное на вашем родном языке. Позвоните в Службу клиентской/членской поддержки прямо сейчас по телефону, указанному сзади идентификационной карты Blue Shield, или по телефону (866) 346-7198, и вам помогут совершенно бесплатно. (Russian)

**重要：** お客様は、この手紙を読むことができますか？もし読むことができない場合、弊社が、お客様をサポートする人物を手配いたします。また、お客様の母国語で書かれた手紙をお送りすることも可能です。無料のサポートを希望される場合は、Blue Shield IDカードの裏面に記載されている会員/お客様サービスの電話番号、または、(866) 346-7198にお電話をおかけください。(Japanese)

**مهم:** آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر پاسختان منفی است، می‌توانیم کسی را برای کمک به شما در اختیارتان قرار دهیم. حتی می‌توانید نسخه مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون فوت وقت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 346-7198 با خدمات اعضا/مشتری تماس بگیرید.  
(Persian)

**ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ:** ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

**ប្រការសំខាន់៖** តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដើរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទក្លាមញ់ទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្ទងប័ណ្ណសម្គាល់ Blue Shield របស់អ្នក ឬតាមរយៈលេខ (866) 346-7198។ (Khmer)

**المهم:** هل تستطيع قراءة هذا الخطاب؟ أن لم تستطع قراءته، يمكننا إحضار شخص ما ليساعدك في قراءته. قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة بدون تكلفة، يرجى الاتصال الآن على رقم هاتف خدمة العملاء/أحد الأعضاء المدون على الجانب الخلفي من بطاقة الهوية Blue Shield أو على الرقم (866) 346-7198. (Arabic)

**TSEEM CEEB:** Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog hais tias nyeem tsis tau, peb tuaj yeem nrhiav ib tug neeg los pab nyeem nws rau koj. Tej zaum koj kuj yuav tau txais muab tsab ntawv no sau ua koj hom lus. Rau kev pab txhais dawb, thov hu kiag rau tus xov tooj Kev Pab Cuam Tub Koom Xeeb/Tub Lag Luam uas nyob rau sab nraum nrob qaum ntawm koj daim npav Blue Shield ID, los yog hu rau tus xov tooj (866) 346-7198.  
(Hmong)

**สำคัญ:** คุณอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ หากไม่ได้ โปรดขอความช่วยเหลือจากผู้อ่านได้  
คุณอาจได้รับจดหมายฉบับนี้เป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย  
โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า/สมาชิกทางเบอร์โทรศัพท์ในบัตรประจำตัว Blue Shield ของคุณ หรือโทร  
(866) 346-7198 (Thai)

**महत्वपूर्ण:** क्या आप इस पत्र को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी मदद के लिए किसी व्यक्ति का प्रबंध कर सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी प्राप्त कर सकते हैं। निःशुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मੈਂबर/कस्टमर सर्विसे टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

**ສິ່ງສຳຄັນ:** ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຮູ້ໄດ້.  
ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ  
ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ,  
ຫຼືໂທໂທເບີ(866) 346-7198. (Laotian)